A Vazquez (M)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

LIGERAS CONSIDERACIONES

SOBRE EL TRATAMIENTO

# DE LOS URINARIOS PROSTATICOS

# TESIS

—PARA—

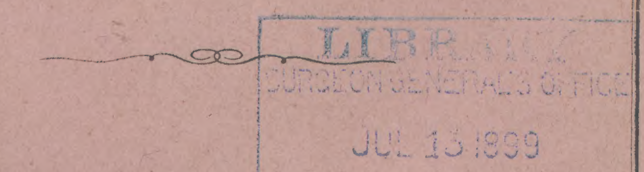
## EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA,

CIRUJIA Y OBSTETRICIA


Presentada por Miguel Vázquez

ALUMNO

DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.



MEXICO.

TIPOGRAFÍA DE AGUILAR É HIJOS,

Esquina de la Encarnación y Sta. Catalina.

1887

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

LIGERAS CONSIDERACIONES

SOBRE EL TRATAMIENTO

# DE LOS URINARIOS PROSTATICOS

# TESIS

—PARA—

## EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA,

CIRUJIA Y OBSTETRICIA


Presentada por Miguel Vázquez

ALUMNO

DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.





MEXICO.

TIPOGRAFÍA DE AGUILAR É HIJOS,

Esquina de la Encarnación y Sta. Catalina.

1887

Al Sr. Profesor José Mª Bandera, de vil testimonio de mi gratitud por las inmerecidas consideraciones con que bondadosamente me favoreció.

El Autor

México, Junio 4 de 1887.

# A MIS QUERIDOS PADRES

Á CUYOS CUIDADOS

DEBO EL HABER PODIDO TERMINAR MI CARRERA.

# AL SEÑOR DOCTOR REGINO GONZALEZ

# A MIS MAESTROS

RESPETUOSO HOMENAJE DE SU DISCIPULO

# AL ESTADO DE ZACATECAS

ETERNA GRATITUD

I

HAY entre los Urinarios todo un grupo de individuos que, portadores de un padecimiento crónico, merecen formar una clase especial, tanto por la patogenia de la lesión y los fenómenos á que da lugar, como, y más especialmente, por los cuidados que demanda su asistencia. Este grupo lo constituyen los Prostáticos.

La próstata, como se sabe, desempeña un papel importante en los trastornos de la micción de los jóvenes, de los blenorrágicos y de los tuberculosos. En esos casos se trata, generalmente, de un proceso flogístico primitivo ó consecutivo á un padecimiento preexistente de la glándula. En los prostáticos verdaderos la alteración patológica consiste en una hipertrofia, en el aumento gradual y progresivo de volumen de la próstata.

El tratamiento de estos últimos constituye el asunto de este pequeño trabajo, que tengo la honra de someter al juicio del ilustrado Jurado, y que no es más que algo de lo que he visto hacer en la Sala de Cirujía Mayor del Hospital de San Andrés.

No siendo mi objeto en este momento hacer la historia de la alteración patológica que bajo el punto de vista anatómico caracteriza los Prostáticos, de ella sólo diré lo indispensable para dirigir el tratamiento en estos enfermos. Creo de más utilidad, para mi objeto, señalar los síntomas que marcan y deben indicar el aumento progresivo de volumen de la próstata, puesto que de su estudio se deducen las varias indicaciones que hay que llenar.

Una vez hecho este estudio, aunque sea someramente, pasaré á ocuparme del tratamiento, el que dividiré en tres partes, que creo corresponden á los tres períodos en que bajo el punto de vista clínico, puede dividirse la evolución de la enfermedad. Tal es el plan que me propongo seguir, y el que procuraré desarrollar.

# I

**Síntomas.**—La hipertrofia de la próstata se traduce por síntomas de dos órdenes: funcionales los unos; los otros físicos.

Entre los de la primera categoría colocaremos en primer término los trastornos de la micción. Mucho tiempo antes de que la lesión quede definitivamente establecida, los urinarios prostáticos tienen muy numerosas advertencias de su padecimiento, y el síntoma poliuria es uno de los primeros que llaman la atención de estos enfermos. La secreción exagerada de la orina se observa en muchos otros estados patológicos conexos, tales como la diabetis, la azoturia y la fosfaturia; pero en los prostáticos, como en todos los ürinarios, un primer hecho debe quedar establecido: y es que la poliuria es sobre todo nocturna. Pasajera y del todo accidental en ciertos casos, la poliuria es en otros permanente. Prostáticos hay en quienes cesa por completo, para reaparecer después de un tiempo más ó menos largo y quedar definitivamente establecida, si no se interviene con oportunidad.

Parece tener siempre una cierta relación con otro de los síntomas funcionales: la frecuencia de las necesidades de orinar; frecuencia que, como la poliuria, es sobre todo nocturna. El reposo, la permanencia en la cama, tienden á exagerarla; la estación de pie, y sobre todo, la marcha, el ejercicio, la influencían favorablemente para el enfermo, atenuando ó haciendo desaparecer la repetición de las necesidades de orinar.

Frecuente la micción, es también retardada en los prostáticos, es decir, que en la categoría de enfermos que nos ocupa, hay entre el momento en que la necesidad se hace sentir y aquel en que aparecen las primeras gotas de orina en el meato, un período de tiempo notablemente mayor que el que existe al estado normal. Este retardo puede acompañar todas las micciones, pero los enfermos advierten que es generalmente durante la noche cuando la dificultad se hace mayor. En muchos de entre ellos, por la mañana, en el momento de despertar y de hacer los primeros ensayos para orinar, es cuando la dificultad se acentúa con más persistencia. Los enfermos se ven obligados, no solamente á esperar la llegada de la orina, sino que necesitan solicitarla valiéndose de esfuerzos, de tracciones sobre el pene y de paseos. Después de muchos de estos actos, en que no sale cada vez sino una pequeña cantidad de orina, el enfermo acaba por vaciar su vejiga, y en el resto del día orina tanto más fácilmente, cuanto menos inactivo permanece.

La disminución en la fuerza de proyección del chorro es otro de los trastornos de la micción. En los prostáticos la desaparición completa y total de la proyección se señala frecuentemente. En efecto, en estos enfermos el chorro queda reducido á una especie de escurrimiento precipitado de la orina, que cae perpendicularmente sobre el suelo.

Al lado de los fenómenos que llevamos indicados colocaremos otro de los síntomas funcionales, síntoma que por su intensidad, constituye en muchas circunstancias, el objeto casi exclusivo de las preocupaciones del enfermo: tal es el síntoma dolor.

El dolor inicial hace en los protásticos la necesidad de orinar imperiosa, irresistible; pero en los unos, por impetuosa que sea, es imposible satisfacerla momentáneamente cualquiera que sean los esfuerzos que haga el enfermo; se ve obligado á esperar con paciencia durante algún tiempo á que la orina aparezca en el meato. En otros, por el contrario, apenas se deja sentir la necesidad, y el líquido urinario es expulsado inmediatamente, de una manera brusca y violenta. Estos enfermos orinan involuntariamente.

El dolor, en la categoría de enfermos que nos ocupa, tiene por carácter esencial disminuir considerablemente de intensidad y aun desaparecer por completo, una vez que la micción se ha efectuado.

Para terminar con lo referente al estudio de los trastornos de la micción, hemos de decir una palabra de la incontinencia y de la retención de la orina.

La incontinencia de orina, tratándose de los urinarios en general, y de los prostáticos en el presente caso, debe envolver casi siempre esta otra idea: se trata de enfermos que no vacían sino incompletamente su vejiga. En efecto, hay en estos enfermos á la vez estancación de orina é incontinencia por regurgitación.

A propósito de cada uno de los síntomas funcionales que indican el aumento de volumen de la próstata, hemos procurado hacer notar que es durante la noche cuando adquieren su mayor intensidad, y en esto la incontinencia no se separa de la regla general.

Principia siempre en la noche, y en el día se atenúa ó desaparece por completo. Durante un período de tiempo bastante largo; período que podría llamarse inicial, período de principio, la incontinencia ha sido pasajera, accidental. No es sino más tarde, y cuando la hipertrofia prostática es ya considerable, que ella se hace permanente.

Si consecuentes con lo que dijimos anteriormente, pretendiéramos di-

vidir la evolución de la enfermedad bajo el punto de vista clínico, podríamos decir en este momento que un enfermo que hubiera presentado el conjunto de síntomas señalados, tocaba el término del primer período.

En efecto, son estas las principales manifestaciones sintomáticas del crecimiento de la próstata, durante todo el tiempo que la hipertrofia existe exenta de toda complicación.

Más tarde nuevas lesiones vienen á añadirse á la ya existente y modifican la sintomatología.

Podemos, pues, decir que el aumento de volumen de la próstata es una causa que predispone á la retención y que en algunos casos puede producirla por sí sola; pero que en la generalidad son las complicaciones locales, tales como la congestión y la inflamación, las que añadiéndose á la hipertrofia determinan el nuevo trastorno, cuyos principales caracteres vamos á señalar.

Entonces es cuando se presentan perturbaciones en la salud de una importancia mucho mayor, tanto para el enfermo, de quien pueden comprometer la vida, como para el médico cuya intervención debe ser en estos casos inmediata, y enteramente del dominio de la cirujía.

Á esta categoría de trastornos de la salud pertenece la retención de orina, que hasta ahora no he hecho sino mencionar. La retención de orina en los prostáticos es una variedad que se observa más comunmente, y quizá también la que presenta mayor importancia. Testimonio manifiesto del cambio de forma y de volumen de la próstata, la retención de orina casi nunca se establece de una manera brusca, inesperada; el enfermo ha tenido un pasado morboso de que dan suficiente cuenta todos los síntomas ya mencionados, pero especialmente la frecuencia y las dificultades de la micción.

Bajo la influencia de un estado congestivo ó inflamatorio franco de la próstata, la dificultad de la micción se hace mayor. El retardo que sufre la orina para aperecer en el meato se acentúa; la frecuencia conserva sus caracteres del principio. No es sino cuando la vejiga ha tomado participio en el estado congestivo ó inflamatorio, más á menudo en este último, que la frecuencia aumenta y la micción se hace dolorosa. La frecuencia existe aun durante la noche, pero en el día se hace más considerable; el dolor, que al principio era puramente inicial, se hace sentir antes y después de la micción.

La necesidad de orinar se hace violenta, irresistible. El enfermo intenta entonces satisfacerla, pero inútilmente; no obstante los esfuerzos que hace voluntariamente, no obstante los que provocan las contracciones espontáneas de la vejiga, le es imposible orinar.

La retención queda, pues, establecida, y puede ser total ó parcial, completa ó incompleta. En el primer caso, aunque hay enfermos que soportan sin grandes sufrimientos una excesiva distensión de la vejiga, la generalidad dan rápidamente pruebas evidentes de la gravedad de su situación.

"El enfermo está ansioso, agitado; no cesa de gemir y de exhalar quejas, ya sordas, ya casi furiosas. Los dolores son vivos, las necesidades de orinar repetidas, imperiosas. Pero es en vano que el desgraciado trata de satisfacerlas; puja, hace esfuerzos, se fija á todo lo que le rodea, toma toda clase de posiciones, y sin embargo, nada se escapa del meato. Bien pronto, jadeante y cubierto de sudor, cae agotado sobre su cama. Pero apenas han trascurrido algunos instantes, cuando nuevas necesidades despiertan una nueva crisis, del todo tan infructuosa como la primera. No hay reposo ni calma, sino una agitación perpetua. Levantándose, acostándose, el enfermo ensaya incesantemente todas las posiciones. Es la angustia dolorosa llevada hasta el paroxismo y que no reproduce, tal vez, de una manera tan completa ninguna otra enfermedad. Excelentes para gravarse en el ánimo estas angustias, así como lo escribía Civial, hacen comprender que Montaigne, que las conocía demasiado por experiencia, exclamase: ¡¡Oh qui ce bon empereur qui faisait lier la verge à ses criminels pour les faire mourir, etait grand mâitre en la sciance de la bourrellerie!! Sin embargo, bajo su influencia, el enfermo puede ser atacado de delirio. Este delirio reconoce por causa el agotamiento y la conmoción nerviosa, y sin duda también, en ciertos casos, la intoxicación urinosa. Pero si pierde la noción de lo que le rodea, si sus palabras revelan la incoherencia de sus pensamientos, la angustia vesical existe sin embargo, como lo prueban los gestos automáticos; las manos no cesan de recorrer el pene, el perinéo, el hipogastrio, y los músculos abdominales fuertemente contraidos, hacen relieve bajo los tegumentos."

En los casos en que la retención es incompleta, es, ya lo hemos dicho, la frecuencia igualmente repartida durante el día y la noche, ó más pronunciada durante la noche, el síntoma que indica la imposibilidad de vaciar totalmente la vejiga. Otro tanto podríamos decir de la dificultad de la micción, y de ciertos trastornos digestivos; estos últimos en apariencia extraños á la perturbación funcional de las vías urinarias.

Como síntomas consecutivos á la retención de orina, hemos de señalar la intoxicación urinosa, la que se manifiesta ya por accidentes nerviosos que caracterizan el envenenamiento urémico, ó ya por la aparición de un estado febril.

En cuanto á la orina, ella puede sufrir modificaciones relativas á su ca-

lidad y á su cantidad. Las primeras se observan, sobre todo, cuando hay estancación de este líquido, en cuyo caso se hace turbio y da lugar á la formación de un depósito sedimentoso. La reacción se hace alcalina y su olor fuertemente amoniacal. La coloración se modifica también algunas veces, como sucede en los casos en que la vejiga, después de haber sufrido una distensión considerable, es rápidamente desocupada; bajo su influencia se produce una exhalación sanguínea que da á la orina una coloración morena ó rosada.

El aumento en la cantidad de orina, constituye la principal modificación del segundo grupo. Al hablar del síntoma poliuria en los prostáticos, procuramos señalar algunos de sus caracteres.

**Síntomas físicos.**—El examen directo nos ofrece síntomas que apreciamos por el tacto rectal y el cateterismo.

Practicando el primero se notará en muchos casos el aumento de volumen de la glándula; y digo en muchos casos, porque la hipertrofia puede existir, la glándula hacer prominencia del lado de la vejiga y de la uretra, y sin embargo no formar del lado del recto sino un relieve nulo ó muy poco apreciable, que puede pasar desapercicido. El crecimiento es unas veces uniforme; otras limitado al lóbulo medio, ó á los laterales derecho ó izquierdo. La primera forma es la que se encuentra más comunmente.

La consistencia disminuida unas veces, se encuentra en otras aumentada.

En cuanto á la sensibilidad, podemos decir que la próstata sólo se hace dolorosa al tacto, en los casos en que es el sitio de un padecimiento otro que la hipertrofia simple. Todas estas modificaciones se aprecian con más claridad cuando al tacto rectal se asocia la palpación hipogástrica. Pero aun con ayuda de este último medio, los datos que suministra el tacto rectal, no podrían ser admitidos en muchos casos sino como probables, si á ellos no se añadieran los que se obtienen por lo que se ha llamado el tacto intra-uretral, es decir, el cateterismo.

El cateterismo tiene por objeto explorar la región prostática de la uretra y el cuello de la vejiga. Algunos autores recomiendan se haga uso para esta exploración de la sonda de muleta de Mercier ó de Leroy d'Etiolles. El explorador olivar blando de Guyon, es quizá preferible, pues que con él la maniobra es suave é inofensiva.

El instrumento precedentemente engrasado llegará hasta la porción membranosa y la recorrerá fácilmente, si el canal es libre, y es el caso que

suponemos en este momento. Una vez alcanzada la región prostática, comienza la parte delicada de la exploración. El instrumento, lentamente conducido, pasará con facilidad si existe una hipertrofia bilateral de la próstata; la mano percibirá, sin embargo, que la oliva del conductor ha tocado las paredes, y que éstas, separándose, le permiten avanzar sin ser detenido un solo instante. Cuando el canal ha cambiado de dirección, claramente se sentirá que la oliva se dirije á la derecha ó á la izquierda para llegar á la vejiga. La oliva será detenida en los casos en que uno de los lóbulos fuertemente hipertrofiado forma un relieve muy pronunciado en la uretra prostática. Si entonces se comprime un poco más, el conductor avanza y cae en el vacío vesical. La sensación de un obstáculo vencido es trasmitida perfectamente á la mano por el explorador.

En otros casos el instrumento no avanza á pesar de una presión continuada y metódica. Esto hará pensar, con razón, que la hipertrofia es muy considerable, ó que el explorador es detenido por una válvula del cuello.

Por último, la exploración intra-uretral puede suministrar datos acerca del estado de vascularización y de consistencia de la región prostática de la uretra. Se sabe que en muchos viejos esta porción del canal se hace mucho más vascular y mucho más frágil que en estado fisiológico. Pues bien, esta modificación es claramente indicada por el explorador olivar, cuya introducción, por prudente y suave que sea, determina el escurrimiento de una poca de sangre, como puede verse á la salida del conductor. En cuanto á las lagunas ó cavidades que existen algunas veces, y que se abren en la pared inferior, el cateterismo asociado al tacto rectal, dan suficiente cuenta de su existencia, de su sitio y de sus dimensiones. Practicando el primero la oliva, que sigue la pared inferior, será detenida, y el dedo introducido por el recto, la tocará con claridad y sentirá que se mueve dentro de una cavidad sin comunicación directa con la vejiga.

He procurado bosquejar los principales síntomas á que da lugar el aumento gradual y progresivo de volumen de la próstata; su estudio basta en la generalidad de los casos, para establecer las indicaciones, y elegir con todo conocimiento de causa, á la vez que emplear con toda confianza, un instrumento apropiado.

# II

Paso ahora á ocuparme del tratamiennto, teniendo presente, que:

1° Los prostáticos son enfermos que durante un primer período sufren diversos trastornos de la micción, que como la dificultad y la frecuencia, deben considerarse como síntomas precursores de la retención de orina.

2º Más tarde la retención de orina queda definitivamente establecida, y puede ser completa ó incompleta; acompañarse ó no de un catarro vesical.

3º En un tercero y último período, sea porque la enfermedad haya sido abandonada á los solos esfuerzos de la naturaleza, ó por el hecho mismo de la intervención, la intoxicación urinosa sobreviene y se manifiesta, ya por accidentes nerviosos que caracterizan el envenenamiento urémico, ó ya por la aparición de un movimiento febril con el cortejo de síntomas que le acompañan habitualmente.

El tratamiento comprende, pues, como se ve, múltiples indicaciones, de las que las principales son: prevenir la retención de orina, combatir ésta cuando está ya establecida, modificar el catarro vesical si existe, y tratar de volver la próstata á su volumen normal.



**Prevenir la retención de orina.**—Se sabe que en los prostáticos todo lo que favorece la congestión ó la inflamación, tiende á producir, y produce de hecho, la retención de orina. Á este punto de vista deben tenerse presentes muy especialmente las faltas de higiene, y la poca atención que los enfermos ponen para satisfacer á su vejiga, no obstante que para ello son suficientemente solicitados por síntomas que ya antes hemos estudiado. El reposo prolongado, y sobre todo en posición supina; la falta de ejercicio, el abuso de líquidos excitantes, los excesos en la alimentación, los enfriamientos, pero especialmente el enfriamiento de los pies, y la resistencia á las necesidades de orinar: tales son las causas determinantes de la retención de orina.

Otro tanto podríamos decir del coito, aunque para algunos autores su influencia ha sido mirada como favorable, pues que, dicen, hace momentáneamente más fácil la expulsión de la orina. Sin embargo, la experiencia

parece probar que si un prostático no debe ser condenado á una continencia absoluta, sí debe abstenerse el mayor tiempo posible.

Sentado esto, el tratamiento durante el primer período deberá ser higiénico, á la vez que quirúrgico.

Los enfermos permanecerán en reposo el menor tiempo posible; se les recomendará el ejercicio moderado, en relación con la edad del individuo; evitarán los excesos de mesa y de licores excitantes, y procurarán ponerse á cubierto de los cambios bruscos de temperatura, especialmente de la acción del frío, cuya fatal influencia es particularmente nociva cuando obra sobre las extremidades inferiores. Las necesidades de orinar serán satisfechas tan luego como se hagan sentir. En cuanto al coito, ya hemos dicho que el abuso trae consigo malos resultados que el enfermo debe esforzarse por impedir, tanto más cuanto que la edad en que se observa la hipertrofia prostática, no es precisamente la de la actividad sexual. El estado del canal mucho se mejora empleando el cateterismo; pero éste no será suficiente si sólo se practica una ó dos veces, para abandonarle después; en la generalidad de los casos, el enfermo está obligado á continuar la introducción de la sonda durante muchos días, muchas semanas y aun varias veces por día.

En estos casos he visto recomendar las sondas de cauchuc vulcanizado; las que, como se sabe, fueron introducidas por Nelaton en la práctica quirúrgica, por lo que, con justicia, se las designa con su nombre. Su flexibilidad, la facilidad con que son introducidas, la suavidad de su contacto, hacen que se las prefiera siempre que está demostrado que la vía está libre, cuando el explorador ha llegado á la vejiga sin el menor esfuerzo, ó que si existe algún obstáculo la oliva lo supera con facilidad. En tales circunstancias, se obtienen excelentes resultados.



**Segundo período.**—Retención de orina; catarro vesical.—Al hablar de la sintomatología, procuramos dividir la retención de orina en completa é incompleta. Ahora, esta división tiene su razón de ser igualmente, tanto al punto de vista de la terminación, como del tratamiento. Estudiaré, pues, la una y la otra separadamente.

Retención completa.—Cuando se abandona á los solos esfuerzos de la naturaleza la retención completa en los prostáticos, se corren todas las probabilidades de verla terminarse por la muerte.

Hay, sin embargo, casos en que el enfermo acaba por orinar por regurgitación, circunstancia que por otra parte no lo pone al abrigo de que más tarde tenga una terminación fatal. Si la intervención ha tenido lugar, puede suceder que la retención se termine por paso al estado crónico, que se haga incompleta, que cure ó que cause la muerte.

La indicación es, pues, clara, precisa en este caso: se debe recurrir al cateterismo evacuador.

Queda sólo por saber qué clase de instrumento se ha de emplear y cómo se debe proceder.

La elección del instrumento evacuador, ya lo hemos dicho, depende completamente del resultado de la exploración metódica, practicada con el explorador olivar. En los casos en que la oliva ha penetrado sin ser detenida en su paso, sin sufrir ninguna desviación apreciable, se puede emplear toda clase de instrumentos; pero de una manera general, la práctica enseña que los instrumentos blandos tienen ventajas incontestables, por lo cual, se deben emplear éstos de preferencia á las sondas metálicas.

Casos hay en que la rigidez del instrumento es una condición indispensable para ser conducido con seguridad; en tales circunstancias, es preferible servirse de un mandrín que da suficiente rigidez á la sonda, á la vez que permite vaciar la vejiga al través de un instrumento blando.

La forma del instrumento no es menos importante que su naturaleza. Los instrumentos rectos caminan, como se sabe, siguiendo la pared inferior de la uretra, es decir, precisamente por el lugar donde existen los obstáculos debidos á la hipertrofia de la próstata. Los instrumentos curvos ó acodados, por el contrario, siguen invariablemente la pared superior, que es sin duda la vía que permanece libre. Nada, pues, más natural y más práctico, que excluir, en regla general, los instrumentos rectos en provecho de los curvos ó acodados.

La maniobra será conducida de tal manera de no tocar nunca de frente el obstáculo prostático, se procurará en tanto que sea posible contornearlo, pasando por una de las vías laterales, para lo cual ningún otro instrumento será más apropiado que la sonda blanda, la que podrá pasar sin maltratar las salidas de la próstata. Si hay necesidad de franquearlo, pasando por encima, se hará uso con ventaja de un instrumento metálico, ó de una sonda blanda que se ha hecho suficientemente rígida, valiéndose de un mandrín.

Hay prostáticos atacados de retención de orina que pueden ser sondeados, y lo hacen ellos mismos por medio de instrumentos rectos.

La retención de orina depende entonces de la impotencia de la contracción vesical para vencer la resistencia del cuello, y no de un relieve que la sonda tendría que rodear ó que franquear; se comprende, pues, que en estos casos la forma del instrumento no tenga gran importancia. Si, pues, la exploración enseña que el canal permanece libre, se podrá vaciar la orina con cualquiera especie de instrumento, pero más fácilmente con los instrumentos blandos. Si por el contrario, el resultado de la exploración ha sido demostrar la presencia de un obstáculo, que éste haya sido vencido, y más especialmente si la oliva ha sido completamente detenida, la elección del instrumento no es arbitraria. Se deberá recurrir á las sondas curvas, acodadas ó biacodadas, y algunas veces á instrumentos armados de un mandrín.

Al hablar del tratamiento preventivo de la retención de orina tuvimos oportunidad de decir una palabra de las sondas de goma vulcanizada, procurando señalar las razones que hacen se las prefiera siempre que sea posible como un buen instrumento evacuador. Otro tanto podríamos decir en este momento, pues que la sonda de Nelaton tiene entre los instrumentos rectos y blandos, un gran valor y una utilidad incontestables. Por desgracia no siempre se la puede emplear; y muchas veces sucede que habiendo penetrado una vez, dos y más, es detenida repentinamente á su paso por el canal, el cual irritado ó inflamado por el hecho mismo del cateterismo anterior, se ha hecho menos blando, lo que basta para que la sonda no pueda progresar. En tales circunstancias es de todo punto indispensable recurrir á otra clase de instrumentos.

La sonda de muleta pasará cuando exista un obstáculo que la oliva del explorador ha podido vencer pasando por su lado. Si el explorador ha sido completamente detenido, podrá suceder que la sonda de muleta llegue á fracasar; conviene entonces hacer uso de la sonda biacodada blanda, es decir, desprovista de mandrín. Si estos instrumentos no bastaren, se recurre á las sondas armadas de un mandrín ó á la de gran curvatura del modelo de Gély. En la generalidad de los casos, y cuando la maniobra es bien conducida con uno ú otro de estos instrumentos, se logra alcanzar un éxito completo.

Sin embargo, las dificultades que ha habido que vencer pueden ser tales, que habrá necesidad de recurrir á otro de los agentes del cateterismo evacuador, tal es el cateterismo sobre conductor. Su empleo muy raro, está reservado para los casos particularmente difíciles.

Otra de las condiciones que deben tenerse presentes en la elección del instrumento evacuador, es su calibre. La práctica enseña que una vejiga que ha permanecido distendida por un tiempo más ó menos largo, no debe

ser desocupada sino de una manera lenta y gradual, so pena de dar lugar á accidentes que, como la congestión, la hemorragia y la cistitis pueden adquirir suma gravedad. Es, pues, racional servirse de sondas de mediano volumen y esperar la salida de la orina, sin apresurarla por presiones hechas sobre el hipogastrio, por el cirujano, ó por esfuerzos por parte del enfermo.

La actitud que debe guardar el enfermo durante la evacuación de la orina no es indiferente; nunca debe practicarse ésta estando el enfermo de pie, especialmente si la distención vesical ha sido considerable. Se procurará siempre que el enfermo permanezca acostado, y si es posible en su propia cama. Ya hemos dicho que una evacuación practicada muy rápidamente, trae consigo accidentes graves; podemos añadir ahora que no son menos peligrosos los que determina la evacuación hecha, estando el enfermo de pie.

Hay otras precauciones que es conveniente observar siempre, y que en muchos casos son absolutamente indispensables. La sonda debe lavarse cuidadosamente con una solución bórica concentrada; la solución al cuatro por ciento es la que hemos visto usar. Se engrasa después el instrumento con vaselina blanca.

Una vez que se ha evacuado la cantidad de orina que se juzga conveniente, se hace una inyección con la solución bórica tibia, teniendo en cuenta, para la cantidad que debe inyectarse, la de la orina que ha sido extraída.

Esto último tiene por objeto oponerse, en cuanto sea posible, á la fermentación de la orina que queda en la vejiga, pues quizá es este el momento oportuno de decirlo: la evacuación no debe hacerse completa desde la primera sesión, sino después de un tiempo más ó menos largo, siempre que la distención ha sido considerable, que ha tenido alguna duración, y que esto se observa en un viejo, como es precisamente el caso que nos ocupa.

El cateterismo evacuador, siendo el solo recurso que en lo sucesivo permitirá al enfermo vaciar su vejiga, deberá, como se comprende, satisfacer todas las necesidades de orinar.

Dos medios pueden emplearse para llenar esta indicación: el cateterismo, repetido muchas veces en las veinticuatro horas, ó el empleo de la sonda permanente. Uno y otro de estos dos medios tienen sus ventajas y sus inconvenientes, por lo cual no es posible establecer una regla de conducta que excluya en todos los casos, el uso del uno en provecho del otro. Sólo el estudio del caso particular, permitirá hacer una elección conveniente sobre la mejor manera de asegurar la regular función de las micciones artificiales.

El cateterismo repetido, sólo es útil y sin inconvenientes, siempre que

pueda practicarse de una manera fácil y regular. Si pues estuviésemos en presencia de un canal maltratado por maniobras anteriores mal conducidas, ó infructuosas, aunque practicadas con todos los cuidados necesarios, el cateterismo no haría sino aumentar las lesiones anteriormente determinadas, en tanto que el reposo y la inmovilidad que procura la sonda permanente, son condiciones muy favorables á su cicatrización. Es, pues, prudente, en este caso, valerse del segundo medio.

Las dificultades muy pronunciadas del cateterismo, debiendo repetirse á cada maniobra, harán también emplear la sonda permanente de preferencia al otro medio de evacuación.

El estado particular de fragilidad y de vascularización del canal, es otra de las indicaciones del uso de la sonda permanente.

Hay prostáticos que no pueden ser sondeados aun de la manera más cuidadosa, sin dar lugar á un escurrimiento de sangre más ó menos abundante. En tales condiciones, el cateterismo repetido está contra-indicado.

Por último, el cateterismo repetido no podrá emplearse cuando el canal se ha vuelto doloroso y resistente, por el hecho mismo de las maniobras precedentemente practicadas; pues ya lo hemos dicho, sucede á veces que de una manera brusca y sin causa apreciable, la sonda es detenida en su progresión, cuando anteriormente había pasado con toda facilidad.

Dejamos dicho que la segunda condición para que el cateterismo repetido sea útil, es que debe practicarse con regularidad.

Siendo muy variable la tolerancia vesical en los distintos sujetos, hay que arreglar el número de cateterismos en cada caso particular. Dos principios bastan en la práctica: primero, impedir que la vejiga se distienda; segundo, satisfacer sus necesidades reales. Hay enfermos en quienes bastará practicar el cateterismo cuatro veces en las veinticuatro horas, en otros habrá necesidad de repetirlo mucho mayor número de veces.

Aun en estos últimos casos, el paso de la sonda, á menudo renovado, encuentra su indicación, y debe preferirse en tanto que las circunstancias ya indicadas lo permitan. Si faltan estas, se recurre á la sonda permanente, la que, al principio, mal soportada, acaba por ser perfectamente tolerable para la vejiga.

No debe olvidarse, que la sonda permanente es un medio provisional cuya duración no debe ser otra que el tiempo necesario para que el cateterismo repetido sea realizable.

En cuanto al tiempo que debe prolongarse el empleo de este último medio, es variable, pero podemos decir, de una manera general, que su uso

no se suspenderá mientras no se obtenga una evacuación fácil y regular de la vejiga.

Para terminar con lo que se refiere al tratamiento de la retención completa, fáltanos decir una palabra sobre las inyecciones intravesicales. Son estas un poderoso auxiliar del cateterismo evacuador, para obtener la modificación de las orinas y del estado de la mucosa vesical.

Se las practica con líquidos emolientes, narcóticos, ácidos, etc., etc., y se emplean tibias y por pequeñas cantidades sucesivamente.

El agua pura, perfectamente herbida, es tal vez el más útil de los líquidos emolientes, y también el que con más frecuencia he visto emplear.

Las inyecciones narcóticas no son muy útiles, dada la poca absorción de la mucosa; procuran sin embargo algún alivio á los enfermos.

Anteriormente dijimos que las inyecciones con una solución bórica al cuatro por ciento, debían usarse como antisépticas al practicar el cateterismo evacuador; son igualmente útiles para combatir el estado alcalino ó amoniacal de las orinas, estado que parece reclamar el empleo de las inyecciones ácidas.

Entre las que se dirigen más especialmente á modificar el estado de la mucosa, hemos de señalar las inyecciones de nitrato de plata. Dan magníficos resultados en el tratamiento de las cistitis consecutivas á la retención de orina. Las hemos visto usar al uno por quinientos, cada dos días ó una vez por día, según el resultado. Bajo su influencia se obtiene una modificación rápida de la cistitis.

El tratamiento médico, es también útil durante el segundo período. El uso de los balsámicos, de las trementinas y de diversas esencias, tienen sus indicaciones en el período terminal de la retención aguda, y más particularmente en la retención crónica acompañada de cistitis.

Tal es la conducta que he visto observar para prevenir y combatir la retención de orina en los prostáticos.

Como un último recurso para los casos en que el cateterismo es imposible, recomiendan los autores la punción supra pubiana, practicada con el trócar curvo ó con el aspirador.

Sólo una vez la he visto hacer con el segundo de estos medios; tratábase en ese caso de un urinario estrecho.

Retención incompleta.—En tanto que en la primera forma de retención los enfermos se encuentran en la imposibilidad de orinar, en esta pueden hacerlo, y de hecho lo consiguen, pero á la vez les es imposible vaciar totalmente su vejiga.

Dos son las principales formas clínicas de la retención incompleta.

La retención incompleta aguda, y la retención incompleta crónica. Ambas formas pueden acompañarse ó no de distensión vesical.

*La retención incompleta aguda con distensión* no difiere de la forma que acabamos de estudiar, sino porque los enfermos pueden evacuar una pequeña cantidad de orina. El cateterismo será pues en ellos menos urgente, pero no menos necesario.

Deberá practicarse según los principios ya establecidos, y que sería inútil repetir.

*La retención de orina aguda sin distensión*, requiere más un tratamiento médico que quirúrgico.

Ya hemos dicho anteriormente cuales son los principales síntomas de las retenciones incompletas en general; pero no podemos menos que decir á propósito de la variedad que nos ocupa, que hay un estado agudo que se traduce por micciones dolorosas, por sensibilidad de la región hipogástrica y otros trastornos que el cateterismo no haría sino exasperar.

Por tanto, la primera indicación, es calmar el estado agudo por el reposo, un régimen moderado, los baños de asiento, las cataplasmas y las lavativas laudanizadas. Cuando estos recursos no bastan, he visto usar, con muy buenos resultados, la pomada de biyoduro de mercurio en unciones sobre el hipogastrio. Pueden esos medios por sí solos traer la curación.

El cateterismo queda reservado para los casos en que el tratamiento médico fracase, que la vejiga comience á dejarse distender, y que las orinas se hagan alcalinas ó amoniacales, ó que haya tendencia de pasar á la siguiente forma.

*Retención incompleta crónica sin distensión.*—Esta variedad presenta de particular la poca intensidad de los síntomas vesicales, en contraposición con los generales á menudo muy marcados. Esto hace que durante algún tiempo los primeros pasen desapercibidos hasta que, por alguna de las circunstancias que anteriormente hemos indicado, adquieren suficiente importancia para que se fije en ellos la atención.

Si se procede entonces á explorar la vejiga, se nota que ésta ha comenzado á ceder por su fondo, permitiendo así que la orina quede estancada y que se altere. Su reacción, en efecto, se encuentra las más veces modificada: apenas si es ácida en ciertos casos, y en otros es francamente alcalina. Bajo la influencia de esta descomposición, se produce un catarro vesical.

El cateterismo evacuador está plenamente indicado en estos casos, y debe practicarse siempre que sea favorable. Digo siempre que sea favorable,

porque hay enfermos en quienes toda intervención, lejos de ser útil es perjudicial, pues que bajo su influencia se desarrolla un estado agudo en una vejiga antes crónicamente inflamada.

Como auxiliares del tratamiento, es ventajoso usar las inyecciones medicamentosas, á la vez que mantener la regular función de las vías digestivas por la administración de los tónicos, los amargos y los laxantes.

*Retención de orina crónica incompleta con distensión.*—De las formas de retención de orina que llevamos estudiadas, es ésta la más importante por su gravedad y por las dificultades que ofrece su tratamiento, circunstancias que tienen su explicación en lo muy avanzado de las lesiones del aparato urinario, así como en la considerable extensión que han adquirido.

En efecto, en las formas precedentemente estudiadas, el canal y la vejiga son el sitio casi exclusivo del padecimiento debido á la hipertrofia prostática; en la retención crónica incompleta con distensión, la alteración anatómica se extiende desde el cuello de la vejiga á la corteza renal. La vejiga, uno ó los dos uréteres, los cálices y las pelvis son el sitio de una dilatación excesiva; la sustancia renal se encuentra atrofiada, consecutivamente á una nefritis intersticial.

Una vez establecidas estas modificaciones tan profundas del aparato urinario, bastan para explicar la degradación del organismo, el estado de debilitamiento á que son conducidos los prostáticos atacados de retención crónica incompleta con distensión, así como las grandes dificultades y los peligros que ofrece su tratamiento.

Los peligros que bajo la influencia de este último amenazan á estos enfermos, dependen de la posibilidad de producir una cistitis sobreaguda, de la agravación del envenenamiento morboso que es su consecuencia, y de la continuación de este mismo envenenamiento, no obstante la ausencia de síntomas vesicales.

Ahora, la experiencia enseña que la intervención quirúrgica en los prostáticos atacados de retención de orina crónica incompleta con distensión no es útil, sino cuando se ha logrado, por un tratamiento conveniente, modificar el estado general de estos enfermos. Por tanto, el primer cuidado ha de ser reparar las fuerzas por una alimentación apropiada, y un tratamiento general conveniente.

Una vez que el enfermo haya sido reanimado bajo la influencia de estos medios, la segunda indicación es habituar la uretra, por maniobras adecuadas, á la práctica del cateterismo.

Entonces será cuando se emprenda el tratamiento curativo, teniendo presente, más que en ningún otro caso, las reglas anteriormente señaladas.

Así: la evacuación será lenta y sucesiva, entendiendo por estas palabras, la evacuación parcial y gradual, hecha sucesivamente más completa, y que no se hace total, sino después de un tiempo más ó menos largo.

Esta evacuación deberá también ser antiséptica, para lo cual la sonda deberá lavarse cuidadosamente con una solución concentrada de ácido bórico, y las orinas que quedan en la vejiga, deberán ser mezcladas con esta misma solución, según lo dicho en otro lugar.

La solución bórica se usa tibia para las inyecciones uretrales é intravesicales, y por pequeñas cantidades sucesivamente, según la de la orina que ha sido extraída.

En los casos en que la evacuación ha llegado á ser completa, conviene también hacer una inyección antiséptica y abandonarla, con objeto de no dejar la vejiga enteramente vacía.

Un tratamiento general reconstituyente por los tónicos, los amargos y una alimentación apropiada; y el cateterismo evacuador cuidadosamente practicado, tales son, en resumen, las indicaciones en los prostáticos atacados de retención crónica incompleta con distensión.

*
* *

**Tercer período.**—ENVENENAMIENTO URÉMICO.—FIEBRE URINOSA.—Sin tratar de hacer la descripción de los accesos de fiebre urinosa, ni la exposición de las diversas teorías propuestas para explicar su causa, diré tan sólo una palabra del tratamiento de los prostáticos llegados á este tercer período.

El tratamiento de la fiebre urinosa se divide en preventivo y curativo.

La práctica ha enseñado que la forma de envenenamiento urinoso que estudiamos, puede presentarse expontáneamente, pero que con más frecuencia su aparición es provocada, y su principal agente el cateterismo.

Siempre, pues, que haya de practicarse éste, el cirujano deberá tener presente la posibilidad de semejante complicación y se esforzará por evitarla, valiéndose de medidas preventivas.

Las principales de ellas hemos procurado señalarlas á propósito de los cuidados con que debe hacerse el cateterismo evacuador. Agregaremos aho-

ra que es importante dejar reposar los órganos sobre que va á tener lugar la intervención, así como prepararlos al contacto de los instrumentos.

La preparación regular y metódica hace apreciar no solamente el grado de sensibilidad y de resistencia de éstos al contacto de los instrumentos, sino que permite juzgar la susceptibilidad del organismo en su conjunto.

La cuestión de la duración de las maniobras operatorias, aunque aplicable al tratamiento de los prostáticos, es quizá más bien de otro lugar.

Otro tanto podríamos decir de la suspensión del dolor como medio preventivo de los accidentes febriles.

Los medios médicos, aunque de una importancia mucho menor en la generalidad de los casos, tienen en otros una utilidad incontestable.

Las perturbaciones digestivas, testimonio de un cierto grado de envenamiento urinoso apirético, son justificables de semejante tratamiento. En los casos en que existen signos de embarazo gástrico, deberán prescribirse los evacuantes, y en seguida los amargos bajo sus diversas formas. Los primeros son de mayor utilidad, y entre ellos he visto dar la preferencia á los purgantes salinos.

La piel, siendo otra de las vías de eliminación, conviene activar sus funciones por fricciones secas y baños tibios simples ó medicamentosos.

La administración de bebidas diluentes presentan utilidad en ciertos casos, pues que solicitan la función renal y favorecen por tanto la eliminación del agente morboso.

Entre las sustancias que sirven para modificar la reacción de las orinas, señalaremos el ácido benzoico y el ácido bórico; este último, empleado más bien tópicamente, como tuvimos oportunidad de decirlo en otro lugar.

En cuanto al uso del sulfato de quinina como medio profiláctico del envenenamiento urinoso, su acción, hasta ahora no está perfectamente estudiada.

Si á pesar de todas estas precauciones el envenenamiento estalla, todos los esfuerzos terapéuticos deberán dirigirse á combatirlo.

La principal indicación es eliminar el agente cuya presencia determina el conjunto de accidentes conocidos con el nombre de envenenamiento urinoso.

La naturaleza misma indica el camino que debe seguirse: si se observa que un acceso franco muchas veces se termina expontáneamente por sudores profusos, acompañados de una diarrea abundante y de vómitos más ó menos repetidos, la conducta del médico no deberá ser otra que la que la naturaleza le traza, y sus esfuerzos para conseguir la eliminación del agen-

te morboso se dirigirán de preferencia sobre las dos grandes vías de eliminación: la piel y el tubo digestivo.

Para obtener una sudación abundante se colocará el enfermo en su cama y se le cubrirá suficientemente, después de poner á sus lados botellas con agua caliente; al mismo tiempo se le administra una abundante bebida bien caliente de una infusión aromática, con suficiente cantidad de alcohol. Basta esto para obtener un sudor tan abundante como se desea.

El día siguiente se le administra un purgante salino y se repite éste tantas veces como sea necesario.

La naturaleza de la alimentación es de grande importancia cuando las funciones de las vías digestivas se encuentran perturbadas. El régimen lácteo es de todos el que merece la preferencia; la leche se administra en tanta cantidad como sea posible, uno ó dos litros en las veinticuatro horas, y se le añade un poco de alcohol, en los casos que el enfermo necesita ser tonificado. No siempre es posible llegar á una dosis tan elevada, en razón del aumento de la secreción urinaria; en tales casos se completa la alimentación de los enfermos por el uso de la carne, de los huevos, etc.

Hay otros varios accidentes, tales como la diarrea muy abundante, los vómitos, que exigirán prescripciones particulares.

Tales son, aunque enunciados rápidamente, los principales recursos de que el médico dispone para prevenir y combatir el envenenamiento urinoso.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, ya anteriormente dijimos lo que nos pareció de más importante, en la generalidad de los casos; añadiremos ahora, que en ciertos prostáticos, á pesar del empleo asiduo de todos los recursos ya mencionados, no se logra modificar el padecimiento, y que los enfermos se agravan de día en día. Hay entonces necesidad absoluta de recurrir á otro medio, el único capaz de salvar la vida de estos enfermos; este recurso es el ojal perineal.

Practicado éste, se obtiene un escurrimiento mucho más fácil de la orina, y los lavados vesicales pueden hacerse más completos y á la vez con más facilidad.

Tal vez hay otras razones que pesan en favor del ojal perineal, pero básteme decir, que la práctica enseña que éste recurso da buenos resultados, en los casos en que los otros medios han fracasado. Como testimonio de ésto, cito la tercera observación.

## OBSERVACION PRIMERA.

---

El enfermo que ocupa la cama número 17 de la Sala de Cirujía Mayor del Hospital de San Andrés, es un individuo de 60 años de edad, residente en México, natural de Cuautitlán y de oficio jornalero, viene á curarse, según cuenta, de una enfermedad de las vías urinarias, que comenzó hace cuatro meses aproximadamente, por frecuentes necesidades de orinar, y sin causa apreciable para el enfermo.

Á partir de esa fecha este hombre ha venido notando que cada día orina con más dificultad; que los deseos se repiten á cortos intervalos, sobre todo, durante la noche, y que el chorro cae sin fuerza, directamente sobre el suelo. Sus orinas, dice, tienen mal olor y le parecen más abundantes que antes de su enfermedad.

Nunca ha padecido blenorragia, traumatismo ni enfermedad general que pueda tener relación con la que lleva actualmente.

Hasta su llegada al Hospital, el 3 de Noviembre de 1886, no ha estado sometido á ninguna clase de tratamiento.

En esa fecha la frecuencia era notable, sobre todo durante la noche; otro tanto sucedía con la dificultad, y ambos trastornos de la micción se exasperaban, por el reposo y el decúbito prolongado; en tanto que el ejercicio disminuía considerablemente la frecuencia y atenuaba la dificultad.

Hecha la exploración conveniente por el tacto rectal y el cateterismo, se encontró un crecimiento uniforme de la próstata, y como consecuencia de éste una retención incompleta de orina con alteración de este líquido, que se había hecho turbio y de un olor fuertemente amoniacal.

No se encontró ninguna perturbación general.

Se ordenó el cateterismo repetido con sondas de cauchuc vulcanizado y se practicaba éste cuatro veces en las 24 horas, según los principios anteriormente señalados. Se hacía también una vez por día una inyección intra-vesical de una solución bórica tibia y al cuatro por ciento.

Bajo la influencia de este tratamiento el enfermo se mejoró bastante: la repetición de las necesidades de orinar era casi normal durante el día, un poco mayor por la noche; la dificultad había casi desaparecido, según pude observar alguna vez que el enfermo orinó en mi presencia.

Las orinas eran menos turbias y su olor amoniacal había disminuido considerablemente.

Tal era el estado del enfermo, hasta el 27 de Noviembre, día en que le

vino un calosfrío intenso, seguido de una elevación notable de la temperatura.

Según el examen que se practicó la mañana del siguiente día, resultó haber una neumonía derecha á la que el enfermo sucumbió el 5 de Diciembre.

Hecha la autopsía, se confirmó el diagnóstico de la lesión pulmonar, y en cuanto al estado de las vías urinarias, se encontró:

La próstata uniformemente hipertrofiada y endurecida; la vejiga, que aparentemente conservaba su capacidad normal, estaba también hipertrofiada, y la mucosa con los caracteres de la inflamación crónica.

## OBSERVACION SEGUNDA.

R. G., de 53 años de edad, natural de México, residente en la misma ciudad y de oficio albañil, entró al Hospital de San Andrés el día 10 de Noviembre de 1886, y ocupó la cama número 16 de la Sala de Cirujía Mayor.

Interrogado por el Médico del servicio acerca del motivo que lo llevaba al Hospital, contestó: que hacía cuatro días le era imposible orinar, y que esto le había venido repentinamente, y como consecuencia de excesos alcohólicos que tuvo el día anterior al de su padecimiento. Dice, sin embargo, que ya antes, pero sin precisar el tiempo, había tenido algunas perturbaciones de la micción, tales como repetición frecuente de las necesidades de orinar, y dificultad para satisfacer estas necesidades, sobre todo, cuando se excedía en el uso del alcohol, que hacía mucho tiempo acostumbraba tomar; pero que estos trastornos se mejoraban tan luego como se ponía á trabajar.

Sus orinas nunca han tenido arenillas ni sangre, y en general había sufrido poco. Dos veces ha padecido blenorragia; la primera siendo joven aún, y la segunda hará cinco años, aproximadamente. De una y otra, dice, quedó enteramente curado.

En los momentos en que se practicaba el examen, el enfermo, ansioso, agitado, era presa de las angustias físicas y morales que determinan los esfuerzos inútilmente hechos para cumplir la micción.

El tacto rectal y la palpación hipogástrica permitieron asegurarse del estado de repleción del recipiente vesical.

En cuanto á la causa de la retención de orina, que era una hipertrofia uniforme de la próstata, se diagnosticó por el tacto rectal y el cateterismo explorador.

Con estos datos se eligió una sonda apropiada, sonda blanda provista de un mandrín y de mediano volumen, y se practicó el cateterismo evacuador con las precauciones indispensables en estos casos: es decir, que la evacuación fué parcial y gradual, y que no se hizo completa hasta después de varios días.

Á pesar de todas estas precauciones, sobrevino una exhalación sanguínea de la mucosa vesical, el día siguiente del en que se emprendió el tratamiento. Fuera de ese accidente, que no presentó gravedad, el enfermo fué mejorando bajo la influencia del cateterismo repetido: la frecuente repetición de las necesidades de orinar había desaparecido y evacuaba su vejiga con toda facilidad. Dejó el Hospital en los primeros días de Febrero del presente año.

## OBSERVACION TERCERA.

El Sr. Dr. Regino González, tuvo la bondad de comunicarme la siguiente, que traslado tal como me la redactó:

I. G., de 72 años de edad, residente en la actualidad en la capital, padece de micciones frecuentes y apremiantes desde el año de 68; son más frecuentes cuando anda á caballo, cosa de que tiene necesidad de hacer uso habitualmente.

En el año de 74, por la naturaleza de sus ocupaciones, tiene necesidad de andar casi todo el día á caballo; y como consecuencia de este ejercicio forzado le viene un catarro agudo de la vejiga que lo obliga á recurrir á los auxilios de la medicina.

Practicando un examen cuidadoso, se encontró una hipertrofia prostática considerable, que explicó los trastornos de la micción que el enfermo había tenido anteriormente, á la vez que hacía suponer la participación que

este infarto prostático tuvo en el desarrollo del catarro vesical. Esta última lesión cedió al reposo, una revulsión hecha con una pomada de biyoduro de mercurio é inyecciones hipodérmicas de morfina.

Mas continuando en sus ocupaciones habituales vuelve, después de quince días, con una retención completa de orina, para el tratamiento de la cual y después de grandísimas dificultades se logra poner una sonda de mandrín que se deja permanente; de esta manera se conseguía una evacuación regular de su orina, y se hacían inyecciones tibias de agua con alquitrán de Guyot. Á pesar de estos cuidados, el catarro vesical no se mejoraba y el enfermo comenzó á tener temperaturas altas, calosfríos, y más tarde se quejaba de dolores situados en la región renal izquierda; el apetito, así como el sueño habían casi desaparecido.

En esta situación, y como único recurso, se hizo el ojal perineal y se canalizó la vejiga por un procedimiento parecido al de Harrison. De paso diremos que, una vez hecho el ojál sobre la punta de la próstata, apenas se podía llegar con el dedo al cuello de la vejiga, debido esto al crecimiento prostático.

Desde seis días después de la operación y canalización de la vejiga las calenturas desaparecieron y la orina recobraba su aspecto fisiológico.

Hasta la fecha en que vemos al enfermo con sus 74 años de edad, lo podemos considerar como curado de sus accidentes prostáticos, conservando sólo la pena de llevar el ojal que se canaliza en las noches, para dejarle dormir tranquilamente.

Para terminar, sólo me resta suplicar á mi ilustre Jurado vea con benevolencia las numerosas faltas de que adolece mi estudio.

Abril de 1887.

*Miguel Vázquez.*

este infarto prostático tuvo en el desarrollo del catarro vesical. Esta última lesión cedió al reposo, una revulsión hecha con una pomada de bíyoduro de mercurio é inyecciones hipodérmicas de morfina.

Mas continuando en sus ocupaciones habituales vuelve, después de quince días, con una retención completa de orina, para el tratamiento de la cual y después de grandísimas dificultades se logra poner una sonda de mandrín que se deja permanente; de esta manera se consiguió una evacuación regular de su orina, y se hacían inyecciones tibias de agua con alquitrán de Guyot. Á pesar de estos cuidados, el catarro vesical no se mejoraba y el enfermo comenzó á tener temperaturas altas, calosfríos, y más tarde se quejaba de dolores situados en la región renal izquierda; el apetito, así como el sueño habían casi desaparecido.

En esta situación, y como único recurso, se hizo el ojal perineal y se canalizó la vejiga por un procedimiento parecido al de Harrison. De paso diremos que, una vez hecho el ojal sobre la punta de la próstata, apenas se podía llegar con el dedo al cuello de la vejiga, debido esto al crecimiento prostático.

Desde seis días después de la operación y canalización de la vejiga las calenturas desaparecieron y la orina recobraba su aspecto fisiológico.

Hasta la fecha en que vemos al enfermo con sus 71 años de edad, lo podemos considerar como curado de sus accidentes prostáticos, conservando sólo la pena de llevar el ojal que se canaliza en las noches, para dejarlo dormir tranquilamente.

Para terminar, sólo me resta suplicar á mi ilustre Jurado vea con benevolencia las numerosas faltas de que adolece mi estudio.

Abril de 1887.

*Miguel Vázquez.*

